

DES  
TUMEURS CONGÉNITALES  
DU PHARYNX

---

THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Avril 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GUYARD Gaëtan-Louis

*né le 23 juillet 1895, à Mareuil-le-Port (Marne)*

|                            |   |                               |            |
|----------------------------|---|-------------------------------|------------|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE : | { | MM. FRÉLICH, professeur ..... | Président. |
|                            |   | FRUHINSHOLZ, professeur.....  | Juges.     |
|                            |   | BINET, agrégé .....           |            |
|                            |   | PERRIN, agrégé .....          |            |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur  
les diverses parties de l'enseignement médical.

---

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922



DES  
TUMEURS CONGÉNITALES  
DU PHARYNX

---

THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 26 Avril 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GUYARD Gaëtan-Louis

*né le 23 juillet 1895, à Mareuil-le-Port (Marne)*



|                            |   |                               |            |
|----------------------------|---|-------------------------------|------------|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE : | { | MM. FRÉLICH, professeur ..... | Président. |
|                            |   | FRUHINSHOLZ, professeur.....  | Juges.     |
|                            |   | BINET, agrégé .....           |            |
|                            |   | PERRIN, agrégé .....          |            |

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

---

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

—  
1922

# UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

*Doyen* : M. E. MEYER, O \*, I ☉.

*Assesseur* : M. WEISS, O \*, I ☉.

*Doyen honoraire* : M. F. GROSS, O \*, I ☉.

*Professeurs honoraires* : MM. BEAUNIS, O \*, I ☉, NICOLAS, \*, I ☉; PRENANT, \*, I ☉; F. GROSS, O \*, I ☉; CHRÉTIEN, I ☉; HERRGOTT, O \*, I ☉.

## Professeurs.

|                                                      |                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------|
| Clinique chirurgicale.....                           | M. WEISS, O *, I ☉.      |
| Chimie médicale et toxicologie.....                  | M. GARNIER, I ☉.         |
| Hygiène.....                                         | M. MACÉ, *, I ☉.         |
| Physiologie.....                                     | M. E. MEYER, O *, I ☉.   |
| Clinique médicale.....                               | M. SIMON, *, I ☉.        |
| Histoire naturelle médicale.....                     | M. VUILLEMIN, I ☉.       |
| Médecine légale.....                                 | M. P. PARISOT, O *, I ☉. |
| Clinique des maladies des enfants.....               | M. HAUSHALTER, *, I ☉.   |
| Anatomie pathologique.....                           | M. HOCHÉ, *, I ☉.        |
| Clinique médicale.....                               | M. ÉTIENNE, *, I ☉.      |
| Clinique chirurgicale.....                           | M. VAUTRIN, *, I ☉.      |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..... |                          |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie..... | M. L. SPILLMANN, *, I ☉. |
| Physique médicale.....                               | M. FRÉLICH, *, I ☉.      |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....          | M. LAMBERT, I ☉.         |
| Histologie.....                                      | M. FRUHNHOLZ, *, I ☉.    |
| Anatomie descriptive.....                            | M. COLLIN, *, I ☉.       |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....               | M. LUCIEN, *, I ☉.       |
| Clinique des voies urinaires.....                    | M. JACQUES, *, I ☉.      |
| Médecine opératoire.....                             | M. ANDRÉ, *, I ☉.        |
|                                                      | M. MICHEL, *, I ☉.       |

## Chargés de cours complémentaires.

|                                                      |                                  |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Clinique chirurgicale élémentaire (1).....           | M. MICHEL, *, I ☉.               |
| Clinique des maladies des vieillards.....            | M. RICHON, *, I ☉, agrégé libre. |
| Pathologie interne.....                              | M. RICHON, *, I ☉, agrégé libre. |
| Accouchements (cours théorique).....                 | M. S. RÉMY, I ☉, agrégé libre.   |
| Clinique des maladies tuberculeuses (1).....         | M. PERRIN, I ☉, agrégé.          |
| Thérapeutique.....                                   | M. PERRIN, I ☉, agrégé.          |
| Clinique des maladies tuberculeuses (1).....         | M. J. PARISOT, O *, I ☉, agrégé. |
| Pathologie expérimentale et pathologie générale..... | M. J. PARISOT, O *, I ☉, agrégé. |
| Pathologie externe.....                              | M. BINET, I ☉, agrégé.           |
| Clinique médicale élémentaire (1).....               | M. L. CAUSSADE, A ☉, agrégé.     |
| Clinique ophtalmologique.....                        | M. JEANDELIZE, agrégé.           |
| Clinique d'électrothérapie.....                      | M. N.                            |
| Clinique des maladies mentales.....                  | M. LALANNE.                      |

## Agrégés en exercice

|                  |                           |                  |
|------------------|---------------------------|------------------|
| MM. ROBERT, I ☉. | MM. J. PARISOT, O *, I ☉. | MM. JOB, *, A ☉. |
| BINET, I ☉.      | FAIRISE, A ☉.             | JEANDELIZE.      |
| PERRIN, I ☉.     | L. CAUSSADE, A ☉.         | P. MATHIEU, A ☉. |
| THIRY, *, I ☉.   | BARTHÉLEMY, *, A ☉.       |                  |

## Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O \*, I ☉; G. GROSS, \*, I ☉; RICHON, \*, I ☉; S. RÉMY, I ☉; BUSQUET, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, \*, ☉, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.*

*A mon Père — A ma Mère*

*Faible témoignage d'amour filial  
et de reconnaissance.*

*A ma Femme*

*Dont la tendre affection a été pour  
moi un soutien et un encourage-  
ment pendant cette fin d'études,  
— et en gage de mon profond  
amour.*

*A la mémoire de mon Grand-Père*

*A mes autres Parents*

*A mes Amis*

*A mon guide dans mes débuts de pratique médicale :*

*Mon Beau-Père,  
Le Docteur Emile Vérut.*

*A mon Président de Thèse :*

*Monsieur le Professeur Frœlich,  
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile,  
Chevalier de la Légion d'honneur.*

*A mes Juges.*

*A mes autres Maîtres  
de la Faculté de Médecine de Nancy.*

*A mes anciens Maîtres  
de l'Ecole de Médecine de Reims  
et de la Faculté de Paris.*

## Avant-propos

*Ce travail resterait incomplet si nous n'exprimions ici, avant d'aborder son sujet, les pensées tout intimes qui occupèrent notre esprit pendant son élaboration.*

*Nous aimions en effet, tandis que nous écrivions les pages qui vont suivre, à nous reposer quelquefois dans le souvenir de nos années d'étudiant, et à revivre celles-ci d'étape en étape. De ces fugues vers le passé, nous revenions rempli de reconnaissance envers ceux de nos Maîtres qui, au cours de ces années, furent les artisans inlassables de notre formation médicale.*

*Nous n'oublierons pas la dette que nous avons contractée envers eux. Nous leur devons l'intérêt que nous avons porté à l'étude des sciences médicales et les satisfactions que nous y avons trouvées. C'est en suivant leur enseignement, et en les écoutant chaque matin au lit des malades, que nous avons appris à aimer davantage la profession que nous avons choisie.*

*Nous aurions voulu mieux répondre à leurs désirs, profiter plus encore de leurs leçons, et emporter une moisson plus ample de conseils si précieux. Nous nous excusons de nous trouver encore indigne d'eux, mais nous leur promettons de toujours suivre, dans la pratique médicale*

que nous allons maintenant affronter, les méthodes qu'ils nous enseignaient et la voie qu'ils nous ont tracée.

Notre gratitude va tout d'abord à Monsieur le Professeur Frœlich, dont l'accueil bienveillant et les conseils nous permirent d'édifier ce travail, et qui veut bien maintenant nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons pas la clarté et la valeur pratique de son enseignement, donné avec tant de bonne grâce, et nous garderons des heures passées à ses leçons cliniques un souvenir des plus agréables.

A Monsieur le Professeur Fruhinsholz, nous adressons le témoignage de notre vive reconnaissance pour les conseils si précieux qu'il nous prodigua pendant notre stage à la Maternité. Il nous initia à l'art des accouchements, avec une méthode et une précision remarquables. Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges, et nous lui en exprimons toute notre gratitude.

C'est très sincèrement que nous remercions Messieurs les Professeurs agrégés Binet et Perrin, d'avoir bien voulu faire partie de notre Jury de thèse.

Monsieur le Professeur agrégé Binet nous a toujours témoigné beaucoup de bienveillance, tandis que nous fréquentions le service de Monsieur le Professeur Vautrin. Nous n'oublierons pas non plus la clarté de son enseignement théorique.

A Monsieur le Professeur agrégé Perrin, nous devons notre bagage thérapeutique. Nous conserverons le souvenir de ses leçons pleines d'intérêt, et nous nous rappellerons la manière agréable avec laquelle il nous familiarisa, dans ses conférences pratiques, avec les différents médicaments.

Nous tenons aussi à remercier tout particulièrement

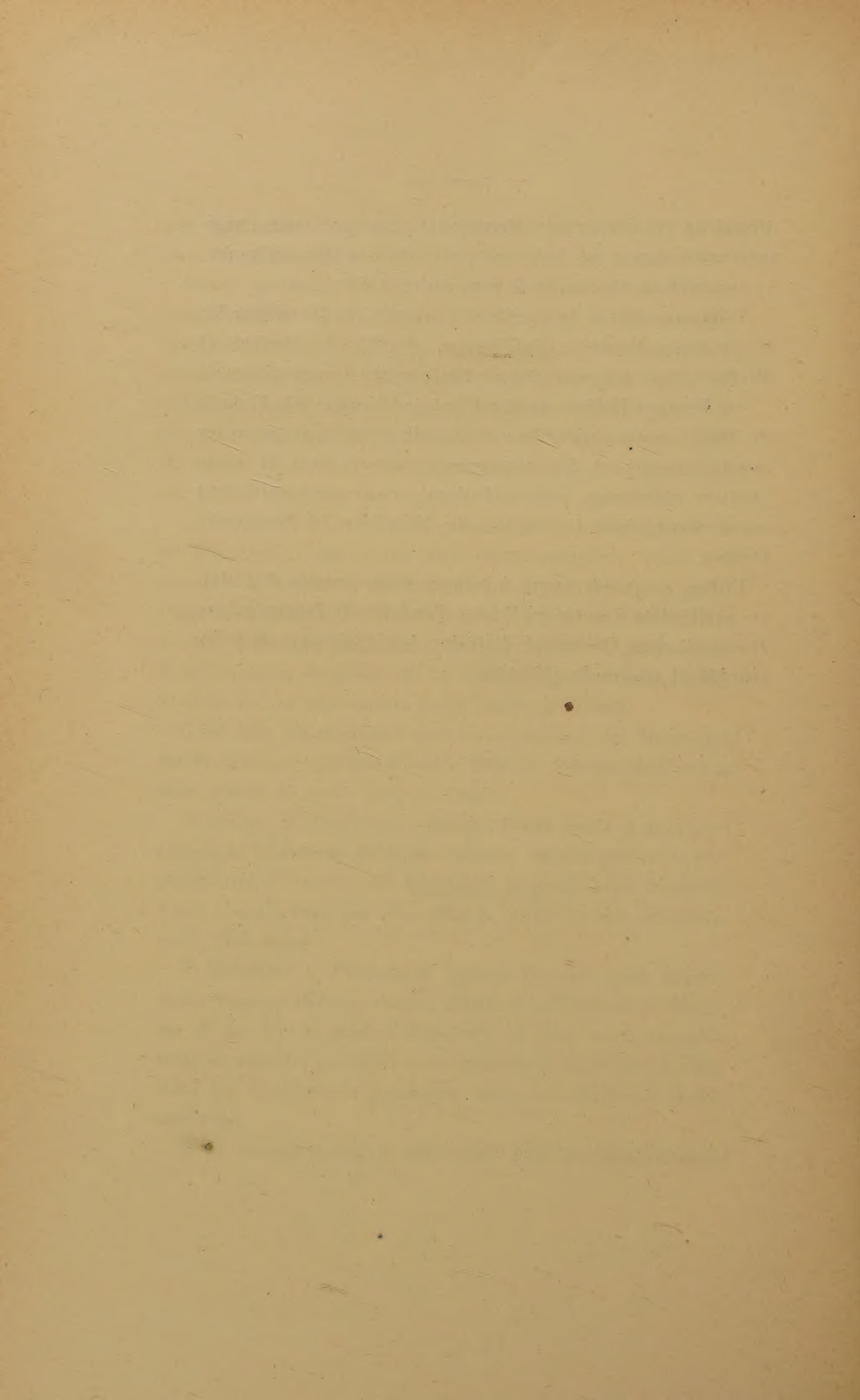
Monsieur le Professeur Haushalter. Ses précieux enseignements resteront toujours présents à notre mémoire, et son admirable méthode sera notre guide.

Nous emportons le meilleur souvenir de Messieurs les Professeurs Vautrin, Spillmann, André, J. Parisot et Michel. Nous les assurons de toute notre reconnaissance.

Au Docteur Wéber, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris, nous exprimons notre vive gratitude pour les enseignements et les marques d'intérêt dont il nous entourait alors que, jeune étudiant, nous accomplissions notre stage dans le service de Monsieur le Professeur Debove.

Enfin, nous adressons à tous nos camarades d'études, en particulier à notre vieil ami d'enfance le Docteur Jean Dumont, et au Docteur J. Delestre, le témoignage de notre sincère et profonde affection.

---



## Introduction

Le 24 mai 1921, à la consultation de la Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie, on amenait une petite fille de quelques jours, qui depuis sa naissance n'avait pu avaler le moindre liquide, et dont le facies cyanosé révélait un état asphyxique assez prononcé. L'existence de ces symptômes ayant immédiatement porté l'attention du côté de la gorge de l'enfant, on constata, en lui ouvrant la bouche, qu'une tumeur reposait sur la langue, et, se dirigeant en arrière vers le pharynx en obstruait l'isthme. Un examen plus complet montra qu'il s'agissait d'une tumeur congénitale implantée dans le pharynx.

Sur le conseil de notre Maître, M. le Professeur Frœlich, et séduit par la rareté du fait, nous avons entrepris de relever les cas antérieurement publiés, de les rassembler en une étude aussi complète que notre jeunesse médicale le permet, et de faire de ce travail le sujet de notre thèse.

La question des tumeurs congénitales du pharynx a déjà suscité quelques travaux ; nous consacrerons donc à son historique la première partie de cette étude, puis après quelques considérations sur l'anatomie et l'histologie de la cavité pharyngienne, un chapitre d'anatomie

pathologique nous permettra de faire une classification des diverses productions anormales mentionnées dans les observations que nous avons rassemblées. Nous étudierons ensuite les quelques points intéressants que présentent la symptomatologie et l'étiologie. Les théories pathogéniques susceptibles d'éclairer l'origine de nos tumeurs nous arrêteront un moment, nous insérerons dans ce chapitre l'étude des fentes et des arcs branchiaux sur laquelle s'appuie l'une des plus importantes hypothèses que nous rapportons.

Enfin, l'évolution, le diagnostic et le traitement seront envisagés, et nous compléterons par les observations que nous avons pu réunir sur ce sujet.

---

## Historique

Les tumeurs congénitales du pharynx sont très rares. On les a réunies fréquemment à d'autres formations du même genre, dans un groupe un peu confus créé par Geoffroy SAINT-HILAIRE sous le nom d'épignathie. Ce terme désigne des tumeurs parasitaires naissant sur les maxillaires supérieurs, et l'on comprend mal que les productions congénitales du pharynx aient pu être placées sous cette rubrique ; d'ailleurs, un certain nombre d'entre ces dernières ont une structure simple, et ne sauraient être considérées comme parasitaires.

Les premiers faits de ce genre furent rapportés par FORD (1819), BRESCHET (*in* LAUTH, Thèse de Paris, 1834), ADELMANN (1842), POELMANN (1855), GOSCHLER (1865). AHLFELD en 1880, dans son *Atlas de Tératologie humaine*, et ARNOLD (1888), dans les *Archives de Virchow*, publièrent quelques cas de ces tumeurs. Il faut arriver à LANNELONGUE pour obtenir des descriptions plus précises. Cet auteur avait déjà signalé plusieurs observations de tumeurs congénitales du pharynx, dans son *Traité des Kystes congénitaux*, écrit en collaboration avec ACHARD en 1886 ; en 1891 avec MÉNARD, dans un second travail sur les *Affections congénitales de la tête et du cou*, il

rassembla les faits déjà publiés, et en fit une étude plus complète dans un chapitre consacré aux tératomes des cavités de la face. Il ne conserva à cet ensemble le nom d'épignathie, que pour le démembrer ensuite en divers groupes, suivant la structure et le point d'insertion des tumeurs qu'il comprenait. Enfin DECLOUX dans sa thèse (Paris, 1900) a présenté une revue générale de toute une catégorie de ces tumeurs caractérisées par une structure simple.

Depuis LANNELONGUE, aucun travail n'avait donc réuni les cas de tumeurs congénitales du pharynx. Nous avons entrepris de le faire, en nous limitant exclusivement aux productions ayant leur point d'implantation à la paroi pharyngienne, jusques et y compris la région des piliers et le voile du palais. Nous avons pu ainsi rassembler, en dehors de celui que nous venons d'observer, 14 cas de productions congénitales implantées dans la cavité pharyngienne. Si à ces observations nous ajoutons les 13 faits de ce genre publiés précédemment par LANNELONGUE et MÉNARD dans leur *Traité des Affections congénitales de la tête et du cou*, nous voyons que ces tumeurs sont relativement rares.

---

## Considérations anatomiques et histologiques

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre longuement sur la première de ces questions. Une description de l'anatomie normale du pharynx ne présenterait ici qu'un intérêt médiocre. Nous rappellerons seulement que ce conduit musculo-membraneux comprend trois portions :

Une *portion supérieure* ou naso-pharyngienne ;

Une *portion moyenne* ou buccale ;

Une *portion inférieure* ou laryngienne.

Les deux premières portions nous intéressent seules ; il semble, comme le montre la série d'observations que nous avons rassemblées, que ce soit dans ces deux régions que se développent les tumeurs congénitales qui font l'objet de notre étude.

Le naso-pharynx et le pharynx buccal, considérés dans leur ensemble, forment un espace limité en haut par la base du crâne, se continuant en bas avec le laryngo-pharynx, et dont les faces latérales et postérieure constituent une large gouttière dans laquelle s'ouvrent en avant les fosses nasales et la cavité buccale.

Deux légers replis de la muqueuse séparent l'espace pharyngo-nasal des cavités nasales. Le voile du palais et ses piliers, la luette à la partie médiane, la base de la langue en bas, circonscrivent un orifice qui marque la limite entre la cavité buccale et le pharynx.

Mentionnons encore, sur la partie latérale et dans la région supérieure de cette gouttière pharyngée l'orifice de la trompe d'Eustache avec la fossette de Rosenmüller, et signalons, à la partie supérieure de la voûte pharyngée, l'amygdale pharyngienne, et nous aurons ainsi rappelé les différentes parties essentielles du pharynx qui peuvent nous intéresser dans cette étude.

Les considérations histologiques nous arrêteront un peu plus longtemps. Nous étudierons d'abord chez l'embryon la formation de la cavité pharyngienne, et nous verrons ensuite chez l'adulte quelle est sa structure normale.

Chez l'embryon très jeune, l'extrémité supérieure de l'intestin céphalique est séparée du stomodæum ou invagination buccale par une cloison membraneuse, la *membrane pharyngienne*. Cette membrane se perce bientôt en son centre d'un trou qui fait communiquer le cul-de-sac céphalique avec ce qui sera plus tard la bouche et les fosses nasales. Mais cette communication est encore étroite, et le reste de la membrane pharyngienne forme entre ces deux cavités le *voile pharyngien* ou voile du palais primitif. Ce dernier se résorbe à son tour, et l'intestin céphalique et le sinus naso-buccal se continuent sans interruption l'un dans l'autre. Cette disparition précoce de la membrane pharyngienne dans sa totalité ne permet pas facilement de reconnaître son emplacement chez l'adulte. Il y a à ce sujet des opinions différentes. Il est difficile d'indiquer exactement quelles sont les parties qui dérivent

du cul-de-sac céphalique de l'intestin ou du sinus nasobuccal (stomodæum). On peut cependant dire d'une façon générale que le plancher de la bouche, la langue, la région des amygdales et la portion buccale du pharynx, sont formés aux dépens de l'intestin céphalique. En arrière, la limite entre le cul-de-sac et la fosse nasobuccale paraît correspondre à peu près à la bourse pharyngienne, où s'opère la transition épithéliale entre les portions nasale et buccale du pharynx, au niveau du bord supérieur du constricteur supérieur.

Nous avons vu tout à l'heure que la région des amygdales et la portion buccale du pharynx se développaient aux dépens du cul-de-sac céphalique de l'intestin ; elles sont recouvertes pendant toute la période fœtale par un revêtement mixte formé de cellules pavimenteuses et de cellules prismatiques ciliées, lequel, par une série de transformations successives, donnera un épithélium pavimenteux stratifié.

La partie supérieure du pharynx ou cavum des fosses nasales naît aux dépens du sinus nasobuccal, et par conséquent possède un épithélium dérivé de l'ectoderme. C'est au début un épithélium polyédrique stratifié embryonnaire, il se transforme ensuite en épithélium prismatique et se couvre de poils vers la fin du troisième mois de la vie fœtale. Plus tard, au niveau de la partie postérieure du pharynx nasal, les éléments ciliés disparaissent progressivement et sont remplacés par un épithélium pavimenteux.

Chez l'adulte, la muqueuse du cavum rappellera donc par son épithélium cilié celle des fosses nasales, tandis que la paroi postérieure du pharynx et tout le pharynx

buccal seront tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié.

Le chorion ou derme muqueux présente à sa surface de très nombreuses papilles. Il loge des glandes superficielles et des pelotons adipeux. Les cônes fibreux qui se dégagent de sa face profonde interceptent des faisceaux musculaires engagés dans la muqueuse. Ces faisceaux se succèdent suivant des orientations diverses jusqu'à la face profonde supérieure, postérieure et latérale de la membrane complexe formant le pharynx.

---

## Anatomie pathologique

Comme le montre la série des observations, rien n'est plus variable que la composition des tumeurs congénitales rencontrées dans le pharynx. Tous les degrés, toutes les nuances, réalisés par les tumeurs dermoïdes et tératoïdes de la face, se retrouvent en particulier dans celles de la cavité pharyngienne. Les formations congénitales que l'on y rencontre vont depuis le polype dermoïde simple jusqu'aux monstruosités où l'on reconnaît distinctement des parties fœtales et même un fœtus plus ou moins organisé.

S'il est impossible d'établir des catégories nettement limitées, l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs permet cependant de les diviser en trois groupes réunis entre eux par des formes de passage.

### PREMIER GROUPE

Il comprend toute une série de productions congénitales décrites par LANNELONGUE sous le nom de *tumeurs dermoïdes simples*, et que DECLOUX a appelées, en raison de leur caractère pédiculé, *polypes dermoïdes*.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Leur forme est régulièrement cylindrique ou ovoïde, parfois multilobulée. Ils se composent de deux parties :

a) *Un corps* piriforme ou arrondi, quelquefois de configuration extérieure un peu plus complexe (Richard Otto), d'autres fois encore aplati en forme d'amande, de lobule d'oreille, ou cylindrique comme un doigt.

b) *Un pédicule* de longueur et d'épaisseur variables suivant les cas, mais de toute façon plus mince que le corps, avec lequel il se continue insensiblement. Il peut être assez long pour permettre dans certains cas à la tumeur de sortir par la bouche.

Le corps présente une coloration blanc rosé due à son revêtement cutané et est généralement recouvert de poils follets. Le pédicule est le plus souvent rougeâtre en raison de son enveloppe muqueuse.

Leur volume est essentiellement variable, mais peu considérable. En général, le corps atteint la grosseur d'une cerise ou celle d'un petit doigt d'adulte, parfois celle du pouce et même plus. Dans l'observation de SÉBILEAU le polype avait le volume d'une noix.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — La structure histologique de ces polypes est relativement simple et assez uniforme.

Ils sont recouverts extérieurement par une enveloppe cutanée présentant généralement tous les caractères de la peau normale. On trouve tout d'abord l'épiderme avec ses différentes couches : couche cornée, couche transparente, couche granuleuse et stratum malpighien. Le derme est formé par du tissu conjonctivo-élastique, des fibres musculaires lisses représentant les muscles érecteurs des poils, et de la graisse dans sa partie profonde ; sa surface

est pourvue ou privée de papilles suivant les cas, et sa face profonde est souvent creusée d'aréoles comblées par des glandes sudoripares peu abondantes. De nombreux poils, nés de follicules pileux situés dans l'hypoderme, traversent l'épiderme et apparaissent à la surface minces et sans pigment; des glandes sébacées peuvent leur être annexées. Cette région est abondamment pourvue de vaisseaux.

La portion centrale est ordinairement formée par un tissu, — continuation des travées conjonctives du derme, — dont les mailles imprisonnent de grosses vésicules graisseuses; le plus souvent, il s'y adjoint un certain nombre de faisceaux musculaires striés qui disparaissent au niveau du pédicule. Le tissu conjonctivo-adipeux se densifie, se tasse, pour former à lui seul la partie centrale de certains polypes; dans un cas, nous voyons du tissu lymphoïde venir s'y mêler, dans un autre nous rencontrons des îlots de tissu myxomateux, enfin plusieurs observations signalent la présence d'un noyau de cartilage hyalin dans le tissu graisseux central. Ces tumeurs sont parfois très vascularisées et l'axe peut même être figuré comme dans l'observation de RIPAULT par un vaisseau artériel volumineux.

Le pédicule est généralement formé par du tissu conjonctif. Quand le centre du corps est occupé par du cartilage, celui-ci peut se prolonger dans le pédicule et créer ainsi un certain obstacle à l'ablation. Son revêtement est le plus souvent muqueux. A signaler la présence d'une glande du type salivaire dans le pédicule de la tumeur observée par POUGET.

L'uniformité de structure des tumeurs de ce premier groupe est remarquable. Le même type se retrouve chez

les enfants de quelques jours et chez les adultes, et si l'on en excepte le cas de BARTON dans lequel on trouva « une invasion suspecte » de certaines parties du polype par de petites cellules, rien dans ces productions dermoïdes simples ne peut faire supposer une évolution maligne.

## DEUXIEME GROUPE

Les limites du groupe des dermoïdes simples sont certainement un peu artificielles, et l'on pourrait sans doute ranger parmi ces tumeurs quelques-unes de celles de ce second groupe. Pourtant il nous a paru, en étudiant les observations rassemblées sur notre sujet, que certaines de ces tumeurs congénitales du pharynx, sans présenter l'organisation des monstruosités parasitaires, se distinguaient cependant du groupe presque uniforme des polypes dermoïdes. Ces *tumeurs dermoïdes complexes*, comme LANNELONGUE les a appelées, méritent à notre avis d'être classées à part. Leurs caractères distinctifs portent sur l'aspect, le volume et surtout la structure.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Leur forme est souvent arrondie ou ovoïde, semblable en cela à celle des dermoïdes simples, parfois aussi très irrégulière. Le pédicule peut manquer et la tumeur vient alors, comme dans notre cas, s'insérer sur la paroi du pharynx par une base assez large.

Le plus souvent, elles sont assez volumineuses. La tumeur observée par DABROWSKI était plus grosse qu'une noix, celle enlevée par THELLUNG avait, par suite de sa situation hors de la bouche, provoqué des difficultés au moment de l'accouchement.

L'aspect présenté par ces tumeurs est variable suivant la nature de leur revêtement ; leur surface apparaît tantôt recouverte de poils, et de couleur blanc rosé, ou au contraire glabre et rose sombre.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — L'étude histologique de leur structure montre que l'enveloppe externe est tantôt constituée par une peau à peu près normale, pourvue de glandes et de poils comme celle des dermoïdes simples, tantôt, comme dans le cas de THELLUNG, remplacée en certains points par des îlots de muqueuse. Enfin, ainsi qu'il a été observé dans notre cas, l'élément dermoïde peut faire complètement défaut.

Le contenu de ces tumeurs est variable, plus ou moins complexe selon les cas. Parfois, comme dans l'observation de THELLUNG, la masse centrale est celle d'un simple polype dermoïde, et c'est alors le volume exagéré de la tumeur et la présence de muqueuse en certains points du revêtement qui marquent la distinction avec les dermoïdes simples. Quelquefois aussi, la complexité du contenu est remarquable ; outre les éléments habituels des tumeurs du premier groupe : tissu conjonctif, graisse, faisceaux musculaires, vaisseaux et cartilage, nous rencontrons des kystes, des groupes glandulaires, des éléments nerveux, et enfin de l'os.

La tumeur opérée par M. le Professeur FROELICH offrait à l'examen microscopique une structure un peu spéciale. A l'intérieur d'une coque constituée par du tissu conjonctif infiltré recouvert extérieurement de muqueuse et interrompu vers la base d'implantation par de petits kystes séreux, on trouvait une masse constituée par les éléments suivants : au centre, du tissu sarcomateux fuso et globo-

cellulaire avec des formations cellulaires à tendance acineuse, vers la base, du tissu osseux, et enfin une bande de tissu cartilagineux vers l'extrémité.

Le pédicule des dermoïdes complexes, quand il existe, est constitué comme celui des polypes dermoïdes simples par un axe conjonctif recouvert de muqueuse. Dans le cas de THELLUNG, le pédicule offrait cette particularité d'être absolument rigide et constitué par du tissu osseux sur lequel était appliqué directement un épithélium muqueux. Mais il était formé de deux parties qui s'articulaient non loin de l'insertion à la paroi du pharynx. L'axe osseux se fixait à la base du crâne.

### TROISIEME GROUPE

La caractéristique des tumeurs que nous avons rangées dans ce groupe réside dans la présence de parties fœtales plus ou moins bien différenciées à l'intérieur de ces tumeurs. Ce sont des *tératomes parasitaires*.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Leur forme parfois globuleuse est le plus souvent très irrégulière, compliquée par l'adjonction de prolongements remplissant la cavité buccale, les fosses nasales, et pouvant sortir à l'extérieur par la bouche ou les narines.

La masse de ces tumeurs peut être sessile ou pédiculée, mais le plus souvent le pédicule est mal différencié, large, et n'apparaît que comme un prolongement postérieur.

Quelle que soit la forme présentée par ces productions, elles se montrent généralement couvertes de poils et de couleur blanc rosé, rappelant en cela l'aspect des tumeurs dermoïdes,

Ce sont les plus volumineuses des tumeurs rencontrées dans le pharynx ; l'une d'elles pouvait, en dilatant la bouche et envahissant les fosses nasales, égaler dans l'ensemble environ le volume d'une tête d'enfant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Leur structure très complexe comprend, outre les éléments rencontrés dans les dermoïdes du deuxième groupe, des formations plus différenciées. Nous y trouvons des dents, des doigts et des orteils avec ongles, une main rudimentaire dans le cas de MÜLLER, un membre inférieur dans celui de WASSERTHAL. Toutes ces parties fœtales mêlées à des tissus divers, cartilagineux, osseux, à des nerfs, forment des masses recouvertes d'un revêtement cutané avec poils.

Enfin, si nous en croyons l'observation de BRESCHET, rapportée par LAUTH dans sa thèse, des débris de fœtus auraient été trouvés attachés à la voûte du pharynx, chez des sujets d'ailleurs normaux, par des cordons ombilicaux dont les vaisseaux étaient fournis par les artères sphéno-palatines.

---

## Symptomatologie

Nous venons de voir que l'on pouvait distinguer trois groupes parmi les tumeurs congénitales du pharynx. Nous ne saurions séparer ici, dans cette partie clinique de notre travail, les polypes dermoïdes des dermoïdes complexes ; ceux-ci ne diffèrent des premiers, nous l'avons vu, que par des caractères surtout histologiques, et l'on conçoit que les symptômes qu'ils déterminent soient sensiblement les mêmes à quelques degrés près. Par contre, les tératomes parasitaires diffèrent totalement, et par leur structure et par les conséquences qu'ils provoquent chez le sujet qui en est porteur, des autres tumeurs que nous avons rencontrées dans la cavité pharyngienne. Nous allons tout de suite les éliminer.

C'est qu'en effet, ces tumeurs appartiennent au groupe des monstruosité graves. Si l'on passe en revue les six observations réunies sur ce sujet, un premier fait, associé à la complexité de leur structure, est immédiatement mis en relief : ces tératomes se rencontrent presque toujours chez des sujets non viables, soit que la vie du fœtus ait été compromise par le volume, le siège et les connexions du produit tératologique, ou que le développement intra-utérin ait été assez profondément troublé, pour que l'expul-

sion du fœtus se fit à une époque où la vie extérieure n'est pas possible.

Sur les six observations que nous avons recueillies, deux fois l'âge du fœtus n'est pas noté ; nous trouvons par contre plusieurs expulsions prématurées, une à quatre mois, une seconde à cinq mois et une troisième à sept mois. Dans le sixième cas (BRESCHET), il s'agissait de débris de fœtus attachés à la voûte du pharynx de sujets normaux, mais dont la viabilité n'est pas indiquée.

L'étude de ces monstruosité a donc presque tout son intérêt dans l'examen des pièces anatomiques. Nous avons vu quels étaient la forme, l'aspect, le volume et la structure de ces tumeurs ; ajoutons quelques mots sur les signes qu'elles présentent à l'examen.

Le plus souvent, ces productions volumineuses, d'aspect blanc rosé, sont saillantes hors de la bouche qu'elles dilatent, reposent sur la langue et peuvent quelquefois, envahissant les fosses nasales, venir apparaître par les narines. Leur prolongement postérieur ou leur large pédicule, suivi jusque dans le pharynx, vient s'insérer à la voûte, au mur postérieur ou à la cloison latérale au voisinage de l'orifice de la trompe d'Eustache, et parfois en même temps dans le pharynx et au voile du palais.

Dans la série des faits rangés sous le nom de productions dermoïdes simples et complexes, on ne trouve au contraire qu'un seul cas de mort du fœtus. L'étude clinique de ces tumeurs a donc pu être faite, et les données puisées dans les observations publiées nous permettent d'en établir la symptomatologie. Celle-ci comprend trois catégories de symptômes :

1° *Symptômes fonctionnels*, dus à la présence de ces polypes au niveau des voies digestives et respiratoires ;

2° *Symptômes physiques*, consistant dans les renseignements donnés par la vue et le toucher ;

3° *Symptômes généraux*, souvent peu accusés.

Ces trois variétés de symptômes ne coexistent pas toujours chez le même sujet. Parfois, les renseignements donnés par la vue sont incomplets ; le toucher intervient alors pour guider le chirurgien, quand des symptômes fonctionnels prédominants viennent commander l'intervention immédiate.

### 1° **Symptômes fonctionnels**

Ce sont eux qui amènent le malade chez le médecin, ou qui font soupçonner la production anormale aussitôt après la naissance. Ils sont dus aux troubles provoqués par la présence de la tumeur au-dessus du larynx ou de l'œsophage.

Quand la tumeur s'insère très haut, présente un petit volume et un court pédicule, ils peuvent être tellement peu prononcés qu'ils passent inaperçus, et que c'est beaucoup plus tard, à vingt ou trente ans, que les malades viennent consulter. Les symptômes gardent en effet une intensité modérée, tant que la tumeur trouve une place suffisante dans le cavum, et n'altère pas d'une façon sensible la respiration ni la déglutition ; à ce moment, les malades ignorent leur affection. Mais à une certaine période, sous une influence mal définie, la production dermoïde peut présenter une poussée d'accroissement, elle abaisse le voile du palais et occasionne alors des troubles mécaniques analogues à ceux que produisent les polypes fibreux naso-pharyngiens.

Parfois aussi, alors même que le pédicule est assez

long, la tumeur, à cause de son petit volume, prend une position peu gênante pour la déglutition ou la respiration, et ne provoque aucun trouble. Puis brusquement, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, les accidents éclatent, ou bien encore le polype est projeté hors de la bouche à l'occasion d'une quinte de toux, manifestant ainsi sa présence sans qu'aucun signe ne l'eût au préalable fait soupçonner.

Dans certains cas au contraire, la tumeur étant plus volumineuse, les troubles qu'elle provoque peuvent être très marqués dès la naissance. Là encore, ils dépendent du siège et de la longueur de la tumeur. Quand celle-ci se maintient dans le naso-pharynx, elle ne peut donner naissance qu'à des troubles légers de la respiration ; quand elle descend au contraire plus bas, elle entraîne des troubles mécaniques très intenses ; enfin, quand normalement elle fait saillie hors de la bouche, la respiration peut être conservée, et seule la gêne à l'alimentation existe.

Etudions maintenant, d'après leur nature respiratoire ou digestive, les symptômes fonctionnels observés dans les différents cas que nous avons envisagés.

Du côté des voies respiratoires, dans les cas légers et se manifestant tardivement, on a noté de l'obstruction nasale, une sorte d'enchifrènement chronique ; la respiration ne se faisant que par la bouche, le pharynx se dessèche, s'irrite, d'où les picotements ressentis par les malades ; la voix est nasonnée, parfois même il y a une dysphonie passagère provenant de l'extension de l'inflammation pharyngée. Quand les phénomènes sont plus intenses et plus précoces, on observe rarement une dyspnée légère ; le plus souvent la tumeur, descendant au niveau de l'isthme

ou de l'épiglotte, peut provoquer une série de réflexes ou de troubles plus ou moins importants ; parmi ceux-ci, il faut citer : la toux, qui survient souvent par crises quand la tumeur s'est déplacée ; la dyspnée, qui peut être comme dans notre cas continuelle et s'accompagner de cyanose, ou survenir à l'occasion des tétées, et donner lieu alors à de véritables accès de suffocation nécessitant parfois l'intervention immédiate.

Du côté des voies digestives, la tumeur provoque de la dysphagie, et, par spasme du pharynx, des envies fréquentes de vomir.

Il peut arriver que toute alimentation soit rendue impossible par une volumineuse tumeur saillante hors de la bouche, bien que les troubles respiratoires soient presque absents. Dans un cas on a noté de la stomatite.

## **2° Symptômes physiques**

Quelquefois la tumeur fera saillie hors de la bouche d'une façon continue ou par intermittence, parfois aussi elle reposera sur la langue. Dans ces cas on pourra l'observer facilement, après avoir si c'est nécessaire déprimé la langue avec un abaisse-langue. Ou bien alors elle restera cachée dans le pharynx, et il faudra chez l'adulte pratiquer la rhinoscopie postérieure et le toucher chez l'enfant.

On constatera ainsi l'existence d'une tumeur, pouvant présenter les différents caractères macroscopiques que nous avons décrits précédemment en étudiant l'anatomie pathologique de ces formations.

Le toucher, surtout employé chez l'enfant quand la tumeur est cachée, nous donnera des appréciations diffé-

rentes. En introduisant avec précaution l'index dans la bouche, on arrivera à sentir, soit au fond de la gorge, soit dans une gouttière pharyngée, une masse ferme, rénitente, arrondie, présentant parfois des parties plus dures ; on se rendra compte aussi de sa direction générale, de son volume, de sa consistance et de sa mobilité. On pourra l'énucléer hors de la loge, et compléter ainsi par l'œil ces indications.

Le toucher et la vue, ou ces deux modes d'examen associés, nous renseignent sur le point d'implantation de ces tumeurs. Celui-ci est variable ; il peut siéger, soit dans la région des piliers, soit au niveau de la partie postéro-supérieure du voile ; nous le rencontrons aussi à la paroi latérale du pharynx vers l'orifice de la trompe d'Eustache, à la voûte, ou encore au mur postérieur. Mais parfois cette insertion sera difficilement précisée, surtout chez l'enfant nouveau-né où l'examen direct est impossible et le toucher pharyngien très difficile.

### **3° Symptômes généraux**

Le plus souvent ils sont absents. Cependant GOSCHLER signale dans son observation de la diarrhée et des convulsions chez un enfant de dix jours ; SARA FRANCESCO remarque chez une fillette de quarante jours, présentant une tumeur congénitale du pharynx, de légères convulsions cloniques et toniques intermittentes et du hoquet ; il rapproche ce fait du cas de HERZFELDER dans lequel des « convulsions hystéro-épileptiques » avec contractions de la face étaient produites par un papillome pharyngien et disparurent après l'ablation de celui-ci.

Mentionnons enfin que dans un cas, où la tumeur semblait n'occasionner que des symptômes légers d'obstruction nasale, on constata des troubles généraux de développement, un aspect grêle, un facies adénoïdien, signes sans doute attribuables au retentissement sur l'organisme de la gêne respiratoire apportée par la tumeur.

---

## Étiologie

L'étiologie de ces tumeurs congénitales du pharynx est pour ainsi dire inconnue.

*L'âge* des sujets est variable ; les productions étudiées ont leur origine pendant la vie intra-utérine ; les unes se manifestent dès cette période et entraînent l'avortement ou l'accouchement prématuré, les autres ne sont constatées qu'à la naissance, ou plus tard, après quelques jours, plusieurs semaines, et même à l'âge adulte. Dans ces derniers cas, le long espace de temps pendant lequel le néoplasme reste silencieux, s'explique par l'absence de phénomènes douloureux et l'accroissement lent de la tumeur ; le porteur songera seulement à en faire pratiquer l'ablation quand, par son augmentation de volume, elle occasionnera des troubles mécaniques.

*Le sexe* est sans doute indifférent ; il est d'ailleurs impossible d'établir une statistique rigoureusement exacte, une grande partie des observations ne le mentionnant pas. Certains auteurs avaient cru pouvoir dire que le pourcentage féminin était plus grand. En réalité, nous avons simplement remarqué que l'élément féminin dominait dans les cas où le sexe est noté, sans pouvoir conclure

qu'il en était de même parmi ceux où cette particularité n'est pas signalée.

La question de *l'hérédité* n'est pas plus intéressante à connaître, aucun fait de cette nature n'est mentionné dans les observations recueillies. Souvent même, l'auteur indique que rien dans les antécédents héréditaires n'est susceptible d'éclairer l'étiologie de la tumeur étudiée. Il est donc probable que les parents ne présentaient ni une malformation congénitale semblable, ni d'autres. Quant aux sujets porteurs de ces tumeurs, l'existence d'autres difformités n'est notée que dans les cas de dermoïdes complexes et de tératomes parasitaires volumineux. Il est cependant remarquable de constater que la malformation de la face est isolée, le reste du corps demeure indemne ; le trouble de développement est localisé à l'extrémité céphalique, les lésions que l'on y observe à côté de la tumeur paraissent d'ailleurs toujours consécutives, c'est-à-dire dues à la présence même de la masse anormale.

Sur 10 observations de dermoïdes complexes et de tératomes parasitaires, nous avons relevé 3 cas de perforation de la voûte palatine, 2 fissures du voile, un bec de lièvre, une déformation des deux maxillaires, une fois l'absence de la luvette et une autre fois une fissure génienne. Ces malformations s'expliquent par la présence de la tumeur au niveau ou au voisinage des fentes embryonnaires de la face au moment de leur soudure. L'anencéphalie notée par Reinhardt Otto doit être considérée au même titre comme une lésion consécutive.

La tumeur elle-même, seule ou associée à d'autres lésions du voisinage, est donc bien une altération primitive développée sur un embryon sain par ailleurs.

Quant à la cause réellement déterminante de ces altérations, il est impossible de la connaître, et bien téméraire d'en supposer le pourquoi. Nous nous contenterons de donner les hypothèses vraisemblables de leur production.

---

## Pathogénie

Il paraît difficile au premier abord de trouver une explication pathogénique valable pour l'ensemble des tumeurs congénitales que nous rencontrons dans la cavité pharyngienne ; car au-dessous de celles dont la nature parasitaire est évidente, il y a le groupe des tératomes à structure complexe sans parties fœtales, et celui des tumeurs dermoïdes simples ainsi appelées à cause de leur structure peu compliquée. Nous verrons cependant plus loin qu'une hypothèse récente a été émise, pour tenter d'englober toutes ces productions dans une même pathogénie. Déjà même Geoffroy SAINT-HILAIRE et après lui AHLFELD (1876), réunissant quelques observations de tumeurs congénitales de la face dont plusieurs implantées dans le pharynx, rangeaient tous ces cas parmi les monstruosité parasitaires, et en faisaient des épignathes. Mais la structure simple, la symptomatologie et l'évolution bénigne des polypes dermoïdes, ne permettent pas de les assimiler à des productions parasitaires. On doit plutôt considérer ce groupe de productions congénitales comme des formations accidentelles chez un embryon unique, sans que pour cela on puisse indiquer une limite entre ces tumeurs proprement dites et les monstruosité doubles. Il est

impossible, sans tomber dans le domaine de la théorie pure, de voir dans un appendice fibro-cartilagineux revêtu d'une enveloppe cutanée, un rudiment de fœtus. Il semble donc préférable de séparer totalement la pathogénie des tumeurs dermoïdes simples de celle des tératomes avec parties fœtales.

Les tumeurs dermoïdes simples, polypes dermoïdes de DECLoux, possèdent des caractères particuliers susceptibles d'éclairer leur mode de formation. La zone d'implantation de ces tumeurs, limitée à la cloison latérale du pharynx, à la région des piliers, au palais mou ou à la voûte pharyngée, correspondant à leur *structure histologique*, indique clairement une relation entre la présence de ces polypes et les activités embryologiques qui se sont manifestées dans cette région. Il faut donc rechercher leur origine dans l'évolution du stomodæum et de l'intestin céphalique, et aussi dans la formation, la disposition des fentes et des arcs branchiaux.

Nous avons déjà étudié la formation embryologique du pharynx aux dépens du cul-de-sac céphalique de l'intestin et de l'invagination buccale ; il nous reste à dire quelques mots des fentes et des arcs branchiaux.

Vers la quatrième semaine de la vie embryonnaire, on observe sur les parties latérales du cou, la formation de quatre rainures superficielles transversales auxquelles correspondent à la face interne du pharynx quatre sillons profonds (*fentes branchiales*). Le mésoderme des bandes de tégument comprises entre ces fentes ne tarde pas à s'épaissir, et ainsi contribue à la production de quatre *arcs branchiaux*.

Chaque fente branchiale est formée de deux gouttières adossées par leur partie profonde ; l'une est tapissée par

l'ectoderme (poche ectodermique), l'autre par l'endoderme (poche endodermique). Les premiers observateurs pensaient que les fentes étaient perforées. Ils, en 1881, montra que les dépressions comprises entre les arcs ne traversaient pas de part en part la paroi du pharynx, mais qu'une mince cloison tendue d'un arc à l'autre séparait les sillons superficiels des rainures profondes qu'on aperçoit à la face interne du pharynx. Cette opinion fut admise par BORN (1883), KÖLLIKER (1884) et PIERSON (1888), et récemment encore aurait été prouvée par TOURNEUX ; mais cependant elle est loin d'être acceptée par tous les auteurs, et FOL, DE MEURON (1886), admettaient que les extrémités postérieures des première et deuxième fentes étaient ouvertes.

Il faut donc penser que la membrane de séparation ou lame obturante de Ils, qui souvent est réduite en certains points aux deux épithéliums accolés, peut, chez l'homme et les vertébrés supérieurs, disparaître en quelques endroits limités des fentes branchiales, et établir ainsi une communication directe entre le pharynx et l'extérieur.

Quelle est ensuite la destinée des arcs branchiaux et celle des fentes qu'ils interceptent ?

Le premier arc, par ses deux prolongements, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur, concourt avec le bourgeon fronto-nasal à la formation de la face. Le deuxième arc donne l'étrier, l'appareil suspenseur de l'os hyoïde, et son bord interne constitue plus tard les piliers antérieurs du voile du palais. Le troisième arc forme pour sa part la partie de la paroi latérale du pharynx qui se continue avec la racine de la langue, et les parties molles

du cou ; il donne en outre les grandes cornes de l'os hyoïde, le muscle staphylo-pharyngien et les piliers postérieurs du voile du palais.

Les fentes branchiales disparaissent vers le deuxième mois par épaissement graduel des lames oblitérantes envahies par des éléments mésodermiques. Toutefois, certains segments persistent normalement et constituent des cavités en communication avec l'extérieur ou avec le pharynx. C'est ainsi que la première fente donne dans son tiers postérieur, du côté de l'ectoderme : le conduit auditif externe, et du côté de l'endoderme : la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne. La deuxième fente laisse comme vestiges la fossette de Rosenmüller et la fossette sus-amygdalienne plus ou moins profonde. D'autres segments s'oblitérent, il est vrai, mais leur revêtement épithélial bourgeonne, et forme de véritables organes ; nous voyons ainsi la troisième poche fournir le thymus et la glandule thymique, tandis que de la quatrième dérive le groupe thyroïdien.

Les fentes branchiales peuvent enfin persister anormalement chez l'adulte, et donner lieu ainsi à des fistules congénitales. Grâce à ces dernières et aux données embryologiques qui précèdent, il est facile d'imaginer les lignes de direction des différentes fentes, et d'en projeter le tracé à l'intérieur de la cavité pharyngienne.

LANNELONGUE, et à suite DECLoux, remarquant la structure des tumeurs dermoïdes simples du pharynx, constatant d'autre part la correspondance qui existe entre leur siège et le trajet des fentes embryonnaires, ont été amenés à conclure à l'origine branchiale de ces tumeurs ; elles seraient pour ces auteurs des « branchiomes ».

On peut d'ailleurs rapprocher de ces tumeurs les der-

moïdes de la face (fibro chondromes branchiaux). Ce sont d'après LANNELONGUE de petits appendices congénitaux siégeant sur le trajet des fentes embryonnaires, et rappelant tout à fait par leur structure les dermoïdes simples du pharynx. Or, rien ne ressemble plus à un pavillon d'oreille que ces fibro-chondromes, même structure et même siège sur le trajet d'une fente branchiale. LANNELONGUE admet donc que « ces deux productions embryonnaires, l'une normale, l'autre anormale, proviennent d'un même processus embryogénique ». Les dermoïdes simples et les fibro chondromes branchiaux sont assez analogues par leur structure et leur siège pour que l'on puisse conclure à leur même formation.

Les polypes dermoïdes du pharynx seraient de *simples végétations des arcs branchiaux* dues à un trouble de nutrition survenu peut-être dès la période blastodermique. Sur le trajet d'une fente branchiale, une portion du mésoderme constituant un arc, et l'ectoderme qui le recouvre, se développeraient anormalement, évolueraient sous une influence inconnue vers la cavité pharyngienne, et constitueraient ainsi un polype avec tous les éléments structuraux que nous lui connaissons.

Nous avons insisté, quand nous avons étudié l'histologie du pharynx, sur la formation de cette cavité aux dépens de l'intestin céphalique et du stomodœum : nous venons de voir maintenant comment l'apparition et l'évolution des fentes et des arcs branchiaux en compliquaient encore l'histogénèse. Nous avons, à la suite de cette description, donné l'hypothèse pathogénique admise par LANNELONGUE et DECLOUX. Mais il est possible, en considérant l'évolution des différents replis qui se sont produits durant toutes ces transformations, de supposer que des frag-

ments des feuilletts ectodermique et mésodermique ont pu être inclus dans la profondeur des tissus, ont bourgeonné, et par là donné naissance à des productions dermoïdes évoluant vers la cavité pharyngienne. La *théorie de l'enclavement de Verneuil* pourrait ainsi s'adapter à ces tumeurs et en expliquer l'origine.

La conception de LANNELONGUE et de DECLoux n'est peut-être qu'un mode particulier de l'hypothèse générale de VERNEUIL ; les polypes dermoïdes dérivent probablement des arcs branchiaux, parce qu'une partie persistante de ces arcs est restée enclavée au milieu des autres tissus, et a bourgeonné anormalement. Nous croyons que l'on peut généraliser cette idée, et l'adapter, pour expliquer la genèse de ces tumeurs, à tous les cas où, sous l'influence de transformations produites dans la paroi pharyngienne, des fragments de tissu ont pu être enclavés. Or, nous l'avons vu, le développement du pharynx nous en fournit plusieurs fois la possibilité. C'est d'abord la fusion entre le stomodæum et l'intestin céphalique, puis l'évolution des arcs branchiaux, celle des fentes branchiales, en particulier la possibilité de l'ouverture réelle de ces dernières et leur fermeture ensuite.

Nous nous excusons de nous être un peu étendu sur la pathogénie de ces tumeurs dermoïdes simples, plus longuement certes que nous ne pourrions le faire pour les autres formations qu'ils nous reste maintenant à expliquer. Nous sommes en effet très incomplètement éclairés à l'heure actuelle sur les conditions de développement qui conduisent aux tératomes complexes et aux monstruosités doubles parasitaires.

Pourtant, les limites des dermoïdes simples sont sans doute un peu théoriques, et l'on pourrait ranger parmi

ces tumeurs un certain nombre de celles que nous considérons comme appartenant aux dermoïdes complexes, et par là même leur appliquer une pathogénie identique. La théorie de l'enclavement a été généralisée, et ces dermoïdes complexes sans parties fœtales peuvent y trouver une explication acceptable.

Il ne s'agit plus alors du simple enclavement d'une portion d'un arc branchial ; on doit supposer que d'autres tissus ont été inclus ou déplacés, et ont donné lieu par leur développement ultérieur à ces produits variés que renferment les tumeurs complexes. Le trouble a été plus profond ; d'autres parties de l'embryon, par exemple des éléments des masses protovertébrales ou du feuillet interne ont pu être intéressés par cet accident. Ces éléments divers ont rencontré sans doute, dans la production anormale, les conditions particulières qui leur permettaient de fournir par différenciations successives les produits complexes trouvés dans ces tumeurs.

Mais lorsqu'il s'agit de formations encore plus complexes, caractérisées par la présence de parties fœtales rudimentaires quoique authentiques, l'existence d'un foyer surnuméraire de formation embryonnaire apparaît d'une façon indiscutable, et il est préférable de faire intervenir pour expliquer ces monstruosité la *théorie de la diplogénèse de His et Geoffroy Saint-Hilaire*. La tumeur se montrerait alors comme l'ébauche très grossière d'un individu primitivement distinct. Il faudrait supposer qu'un des embryons jumeaux augmente plus rapidement de taille ; le plus petit, frère exigü et avorté, viendrait se loger dans l'angle qui se trouve au-dessous de la vésicule cérébrale antérieure, dans l'invagination buccale, et serait ainsi inclus dans le pharynx au moment de la for-

mation de celui-ci ; en même temps, son développement serait troublé, et sa croissance n'aboutirait qu'à des ébauches de parties fœtales sans organisation.

Enfin BONNET en 1900 a basé sur les recherches de Roux, une *théorie blastomérique* susceptible de s'appliquer aux formations congénitales que nous étudions. Elle permettrait de concevoir l'origine de ces tumeurs depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées, en les englobant dans une seule et même pathogénie.

Il résulte des expériences de Roux, que tous les blastomères sont d'abord équivalents entre eux. Si l'on admet que dans la blastula, l'un s'enclave dans les autres, s'isole du développement général, et évolue pour son propre compte, il donnera naissance à une tumeur à organisation plus ou moins avancée. Plus cet isolement du développement général arrivera tôt, moins le germe exclus sera différencié, et plus il sera capable d'évoluer vers un « embryome » plus parfait, vers un monstre parasitaire. Si au contraire l'exclusion est tardive, le blastomère donnera naissance à une production simple.

Les tumeurs congénitales du pharynx pourraient ainsi trouver une explication dans cette théorie ; mais il semble cependant que cette hypothèse très plausible ne tienne pas assez compte de la constance du point d'implantation de ces tumeurs.

---

## Evolution et Pronostic

Les tumeurs congénitales du pharynx évoluent plus ou moins rapidement. Tantôt — c'est le cas des tératomes de nature parasitaire — leur évolution est telle, qu'elles amènent la mort du fœtus et son expulsion prématurée ; tantôt elles se manifestent dès la naissance par des troubles fonctionnels assez marqués ; enfin elles peuvent rester méconnues pendant un temps variable, allant de plusieurs jours à quelques semaines, pouvant même atteindre des mois et des années.

Ces différences dans la rapidité d'évolution ressortissent de la structure de ces tumeurs, de leurs vascularisation et des tissus plus ou moins complexes qui les composent.

Ce sont les polypes dermoïdes, productions les plus simples de la série, qui évoluent le plus lentement. La précocité des troubles que leur présence peut entraîner dépend du siège même du polype et du volume déjà présenté au moment de la naissance. Plus l'insertion sera haut placée, moins la tumeur aura de chance de venir obstruer les voies respiratoires ou digestives ; elle sera pareillement d'autant plus longue à atteindre ces mêmes voies que ses dimensions seront plus réduites à la naissance. Dans l'observation de BARTON et celle de SÉBILEAU,

ce n'est qu'à l'âge de vingt et vingt-deux ans que les troubles mécaniques ont déterminé les malades à consulter un médecin. Cependant, cette marche habituellement lente des polypes dermoïdes peut être subitement accélérée sous l'influence d'une cause inconnue ; les phénomènes d'obstruction, jusque-là insignifiants, peuvent devenir tels que la vie du malade soit menacée si l'on n'intervient pas.

Le pronostic est variable suivant la nature de la tumeur. Les productions complexes avec parties fœtales entraînent l'accouchement prématuré et la mort de l'enfant. Les dermoïdes simples et complexes n'ont généralement pas un pronostic fatal. Chez le sujet âgé, la progression des symptômes et la facilité de l'examen ont permis de faire le diagnostic avant que les troubles provoqués ne compromissent sa vie. Chez le nourrisson ou le nouveau-né, leur présence peut déterminer une série de troubles menaçants ; mais là encore, le pronostic n'est pas défavorable chez des enfants robustes, même si les phénomènes ont une allure grave, à condition d'intervenir à temps. La mort pourrait se produire, si l'on n'opérait pas, par suffocation ou inanition.

Signalons enfin que dans le cas de tumeurs très volumineuses sortant par la bouche, le mécanisme de l'accouchement peut être troublé, et le pronostic de celui-ci réservé. Tel le cas observé par THELLUNG, où une très grosse tumeur pédiculée sortant par la bouche avait provoqué une présentation frontale qui nécessita dans la suite une application de forceps.

---

## Diagnostic

Le diagnostic des tumeurs congénitales du pharynx doit être envisagé chez le fœtus, chez l'enfant nouveau-né ou âgé de quelques semaines, enfin chez les sujets plus âgés ou adultes.

1° *Chez le fœtus*, l'existence d'une tumeur volumineuse, d'aspect cutané, recouverte de poils, dilatant et déformant les cavités buccale et nasales, venant même saillir hors de celles-ci, fera tout de suite penser à l'une de ces monstruosité parasitaires dont nous avons fait la description précédemment. Il suffira de rechercher les différents caractères spéciaux à ces tumeurs pour confirmer le diagnostic. Cette recherche sera d'ailleurs extrêmement facile, l'étude de ces faits se bornant au simple examen d'une pièce d'anatomie pathologique.

Dans le plus grand nombre des cas, la tumeur et les malformations qui l'accompagnent auront provoqué la mort du fœtus et son expulsion prématurée. Il s'agira le plus souvent d'un tératome complexe avec parties fœtales ou même d'un monstre double. Plus rarement, ce sera un dermoïde complexe comme dans le cas d'OTTO REINHARDT, mais alors le fœtus sera à terme, et sa non-viabilité sera surtout en rapport avec une malformation

grave consécutive à l'existence de la tumeur ou l'accompagnant.

2° *Chez le nouveau-né*, la constatation d'une tumeur lisse occupant la bouche et faisant saillie à l'extérieur, recouverte d'un tégument blanchâtre analogue à de la peau et parsemé de poils follets, ou au contraire rose et d'apparence muqueuse, aiguillera de suite vers le diagnostic. Le toucher complètera alors ces premières données, et montrera que l'on a affaire à une tumeur assez consistante, rénitente, parfois inégalement dure, mobile, et se prolongeant vers le pharynx par un pédicule.

Dans certains cas, les symptômes fonctionnels seront seuls remarqués, la tumeur se trouvant cachée dans une gouttière pharyngée. L'examen de la gorge de l'enfant et l'exploration digitale permettront de reconnaître son existence.

3° *Chez les sujets plus âgés et chez les adultes*, le diagnostic est beaucoup plus facile. Le malade oppose peu de résistance à l'examen. Les dimensions de la cavité buccale et du pharynx permettent de compléter par l'exploration au miroir les renseignements fournis par la vue et le toucher. Le point d'insertion des tumeurs pourra être exactement déterminé. La présence des signes fonctionnels que nous avons décrits, coexistant avec l'absence d'adénopathie et de douleurs spontanées, le bon état général des sujets, ne permettront pas d'égarer le diagnostic.

### **Diagnostic différentiel**

Une investigation méthodique fera éliminer toute une série d'affections se développant chez l'enfant ou chez

l'adulte, et donnant lieu parfois à la similitude de quelques symptômes.

Certains signes fonctionnels pourraient faire penser à la *cyanose congénitale* ; l'examen de la gorge de l'enfant devant toujours être pratiqué en pareil cas lèvera le doute.

Les quintes de toux pourraient simuler la *coqueluche*, une simple inspection du pharynx évitera encore cette erreur.

On éliminera très facilement le *croup*.

Les cas de *céphalocèle* de la base du crâne sont très rares ; d'après THELLUNG, le seul cas que l'on posséderait ne serait pas certain.

Dans les cas où, le polype étant invisible, les symptômes seraient les mêmes que ceux de l'*hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx*, la palpation et la rhinoscopie postérieure interviendraient pour établir un diagnostic juste.

Chez l'enfant, quand les signes fournis par la vue feront défaut, il faudra penser aux *abcès rétro ou latéropharyngiens*, aux *abcès ossifluents* symptomatiques d'un mal de Pott ; on les éliminera en recherchant la fluctuation, et en tenant compte des signes généraux.

Les *polypes fibreux naso-pharyngiens* saignent facilement, leur évolution est très rapide ; ils ont une tendance à s'accroître, ils envahissent les fosses nasales, le cavum, l'orbite, déterminant des déformations considérables du squelette, et si en cela ils ressemblent aux tumeurs de notre troisième groupe, l'âge des sujets permettra toujours de faire la distinction.

Les *productions kystiques* siégeant à la partie postéro-supérieure du pharynx seront différenciées par la rhinoscopie postérieure ou par le toucher digital. On verra à

l'aide du miroir qu'il s'agit d'une tumeur translucide, de couleur rosée ou jaunâtre, avec des arborisations vasculaires ; si ce procédé d'investigation est impossible à pratiquer, le doigt, en donnant une sensation nette de fluctuation, pourra aider au diagnostic.

Les *fibromes*, les *fibro-lipomes*, les *angiomes*, les *enchondromes*, les *ostéomes*, sont exceptionnels dans cette région, et en tous cas ne pourraient être confondus qu'avec des tératomes complexes sans revêtement cutané.

Des *sarcomes*, *carcinomes*, *épithéliomes*, peuvent se développer dans le pharynx, mais l'âge avancé du sujet et les différents signes de la malignité de ces néoplasmes sont caractéristiques.

---

## Traitement

Le traitement ne peut être que chirurgical. L'extirpation par la voie buccale est indiquée dans la plupart des cas par suite des symptômes fonctionnels.

L'intervention est faite plus ou moins tôt. Outre que l'existence de ces tumeurs n'est pas toujours reconnue dès la naissance, ces productions peuvent, même diagnostiquées, déterminer des troubles assez légers pour que l'opération soit différée par la famille ; le médecin doit cependant prévenir les parents que des accidents sérieux peuvent toujours survenir, et nécessiter une intervention rapide.

D'autres fois au contraire, l'asphyxie présentée par des nouveau-nés porteurs d'une de ces tumeurs est telle, que pour éviter un dénouement fatal, il est nécessaire d'opérer dès les premiers jours qui suivent la naissance.

On pourra atténuer les crises d'asphyxie, en essayant avec le doigt de sortir la tumeur hors de la bouche ou de la repousser dans le pharynx ; mais l'intervention ne saurait être retardée longtemps.

Certains auteurs pensent que dans quelques cas une trachéotomie préalable, permettant de parer aux symptômes les plus graves, rendrait l'opération définitive plus

facile. En réalité, aucun mode opératoire de ce genre n'est signalé dans les observations que nous avons réunies.

Les procédés employés ont été nombreux : section à l'aide de l'écraseur, de l'anse galvanique, et même de l'anse froide ; mais parfois l'opération commencée avec ces instruments doit être terminée avec des ciseaux ou avec la pince emporte-pièce, par suite de la nature cartilagineuse ou osseuse du pédicule. Le procédé le plus simple et le plus rapide serait donc la section aux ciseaux courbes. Cependant, si la simple amputation des polypes dermoïdes s'accompagne en général d'une perte de sang insignifiante, celle des dermoïdes complexes peut donner lieu à des hémorragies alarmantes. Il est vrai que l'on pourrait suturer le pédicule ; mais les sujets porteurs de ces tumeurs sont en général des nouveau-nés, et s'il est déjà difficile de manier des ciseaux courbes dans la profondeur de leur pharynx, la suture préconisée est encore plus problématique.

Nous pensons donc que dans certains cas, la technique indiquée par notre Maître, M. le Professeur FROELICH, pourrait être employée. L'enfant qui lui était amené était dans un état d'asphyxie extrême, il fut opéré séance tenante. La muqueuse qui bordait l'insertion pharyngée fut d'abord effondrée avec l'ongle du doigt, puis par torsion la base d'implantation fut détachée, et la tumeur amenée à l'extérieur ; l'écoulement sanguin qui suivit fut arrêté très facilement.

Pourtant quand la tumeur, très volumineuse, est attachée par un gros pédicule, ou quand ce dernier est rigide, constitué uniquement par de l'os ou du cartilage, le procédé par torsion est impossible à pratiquer. Il reste alors

à faire une simple amputation à l'aide des ciseaux courbes, et l'hémorragie consécutive est arrêtée par compression avec des tampons imprégnés de sérum gélatiné.

Les suites opératoires sont en général bénignes. THELLUNG signale cependant que son petit opéré présenta ensuite une stomatite et des troubles digestifs assez intenses qui, joints à la perte sanguine subie, le mirent dans un état inquiétant. La guérison fut obtenue seulement au bout de trois semaines. C'est là l'exception. Nous n'avons relevé aucun fait mortel. Dans tous les cas la cure fut radicale ; on n'a jamais signalé de récurrence.

---

## Observations

### a) Tumeurs dermoïdes simples

(*Polypes dermoïdes*)

#### OBSERVATION I (FORD)

LANNELONGUE rapporte dans son *Traité des kystes congénitaux* que FORD observa, dans l'arrière-gorge d'un nouveau-né, une tumeur, dont la substance ressemblait à celle du corps thyroïde et dont la surface était couverte de poils.

#### OBSERVATION II (GOSCHLER)

Enfant âgé de 10 jours et présentant des convulsions, de la diarrhée, des vomissements et de la toux.

On voit dans l'arrière-gorge, à l'aide de l'abaisse-langue, une tumeur blanchâtre, de consistance ferme, et de la grosseur d'une noisette ; elle apparaît à l'occasion des vomissements, vient alors obstruer le larynx, d'où une asphyxie intense cessant dès qu'on la repousse dans le pharynx. Elle est insérée sur la face postérieure du voile.

Ablation à l'aide des ciseaux.

Structure dermoïde simple : revêtement cutané avec poils, et contenu conjonctif.

### OBSERVATION III (BARTON)

Jeune fille de 22 ans, ayant de tout temps senti une petite masse au fond de sa gorge. Depuis quelques mois, elle avale difficilement, et éprouve des douleurs et une sensation de plénitude dans la tête.

Une tumeur, grosse comme l'extrémité d'un doigt, est attachée par un pédicule, probablement à la cloison latérale du pharynx dans le cavum ; elle est examinée, puis enlevée à l'aide de l'écraseur et des ciseaux.

Elle présente un revêtement cutané avec épiderme, chorion, poils, glandes sébacées et sudoripares. Sa portion centrale est constituée par un tissu conjonctivo-adipeux, englobant des bandes fibreuses, des faisceaux musculaires striés, des vaisseaux sanguins et un noyau cartilagineux.

Le revêtement cutané et quelques parties de la tumeur semblent envahis par endroits par de petites cellules de tissu indifférent, dont la présence pourrait faire songer à la malignité.

### OBSERVATION IV (HALE WHITE)

*(Tumeur dermoïde de la portion molle du voile)*

Enfant de 3 ans.

Tumeur pendant derrière la luette, et ayant à peu près deux pouces de longueur. Elle provient de la partie postérieure du palais mou, présente un revêtement cutané avec poils et glandes, et renferme de la graisse et du cartilage.

### OBSERVATION V (SCHUCHARDT)

*(Polype pileux du pharynx)*

Enfant de 5 mois, bien conformé.

Une tumeur apparaît de temps en temps hors de la bouche ; parfois déglutie, elle cause des crises de dyspnée très violentes.

Cette tumeur, en forme de poire, s'insère par un pédicule de 1 centimètre à la paroi postérieure du pharynx, un peu à gauche de la ligne médiane.

Elle est sectionnée avec des ciseaux ; pas d'hémorragie.

Le pédicule, de nature conjonctive, est recouvert de muqueuse rose et glabre.

Le corps, revêtu d'une peau ordinaire avec poils follets, follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares, est constitué par un paquet de fibres musculaires striées noyé dans du tissu adipeux.

#### OBSERVATION VI (ARNOLD)

Fillette de 13 ans.

Tumeur piriforme attachée à la partie postéro-supérieure du voile du palais. Elle est revêtue d'une peau normale avec poils, glandes sébacées et sudoripares.

Contenu conjonctivo-graisseux avec quelques fibres musculaires et un noyau cartilagineux central.

#### OBSERVATION VII (Richard Otto)

*(Sur un polype pileux congénital du pharynx)*

Enfant âgé de 4 ans.

Tumeur du volume d'une noisette insérée au point d'union de la luette et du pilier gauche du voile du palais. Elle a la forme d'un cœur et apparaît recouverte d'un tégument cutané avec poils très longs. Le pédicule a 2 millimètres de long.

Extirpation facile.

Structure dermoïde. Couche épidermique mince, couche de Malpighi normale. Le contenu est conjonctivo-graisseux, sillonné de nombreux vaisseaux, de lymphatiques et de fibres musculaires striées. Au centre, un nodule cartilagineux.

OBSERVATION VIII (GRADENIGO)

Enfant de quelques jours, normalement constitué et sans antécédents héréditaires.

Tumeur de l'aspect d'un lobule d'oreille d'enfant, insérée par un court pédicule sur le pilier antérieur.

Revêtement cutané très mince, derme privé de papilles. Contenu conjonctivo-adipeux.

OBSERVATION IX (Sara FRANCESCO)

*(Polype congénital du pharynx d'origine ectodermique)*

Anna C..., âgée de 40 jours, normalement constituée. Née à terme.

Depuis sa naissance, a de fréquents accès de toux, accompagnés de vomissements et de cyanose de la face, la mettant dans l'impossibilité de prendre le sein. Elle présente aussi, par intermittence, des accès de dyspnée grave, du hoquet, et de légères convulsions cloniques et toniques.

On voit, à l'aide de l'abaisse-langue, la muqueuse pharyngée hyperémiée. Une tumeur, grosse comme une amande, lisse, et de couleur blanc rosé, apparaît derrière le voile du palais à gauche de la ligne médiane.

L'exploration digitale montre une consistance élastique, et permet de constater la mobilité sur un pédicule implanté sur le pilier postérieur gauche.

L'extirpation est faite avec l'anse. Aucune hémorragie et pas d'accidents post-opératoires.

Tumeur couverte de poils follets.

Structure très simple. Enveloppe cutanée normale mais sans glandes sudoripares. Contenu conjonctivo-adipeux centré par un noyau de cartilage réticulé.

OBSERVATION X (W. DE ROALDÈS)

Enfant de six semaines.

Tumeur, du volume d'un pouce d'adulte, insérée à la partie moyenne du pilier postérieur gauche, pouvant descendre jusqu'au vestibule laryngien et provoquer des accès de dyspnée, ou être projetée par la toux sur la base de la langue.

Ablation à l'anse galvanique.

Tumeur de la forme et des dimensions du pavillon auriculaire du petit malade ; elle est composée d'un axe cartilagineux, sur lequel repose un tissu cutané ordinaire.

OBSERVATION XI (Docteur RIPAUT)

(In thèse DECLOUX)

Enfant âgé de 4 jours ; sans tares héréditaires et sans malformation extérieure visible.

Tumeur sortant par la bouche au moment des cris.

Au toucher, masse mobile occupant une des gouttières pharyngées.

Pendant 10 jours, pas de troubles fonctionnels ; puis brusquement, accès de suffocation nécessitant l'intervention.

La tumeur, longue de 5 centimètres, de teinte gris rosé, ovoïde, insérée par un pédicule allongé à la partie inférieure et postérieure du pilier gauche, est enlevée à l'anse d'écraseur.

Elle a une consistance molle et est recouverte par un tégument parsemé de poils follets.

Au microscope : revêtement cutané épais, de constitution normale ; le centre, conjonctivo-graisseux, renferme des faisceaux musculaires striés ; comme axe, un vaisseau artériel volumineux.

OBSERVATION XII (TEXIER)  
(*Polype dermoïde du pharynx*)

Fillette de 3 mois, bien portante et sans antécédents héréditaires.

A l'occasion d'une quinte de toux, une tumeur, ignorée jusqu'alors, vient faire saillie hors de la bouche.

L'enfant tette bien, n'a pas de crises de suffocation ni de vomissements.

La tumeur, d'aspect blanchâtre, est appliquée sur la face postérieure du pharynx ; elle peut être projetée hors de la bouche par la toux ou un effort de vomissement, et déglutie ensuite par l'enfant. Sa masse principale, de la grosseur d'une noisette, est couverte de petits poils fins, et de consistance assez dure. Elle s'insère par un pédicule dans le pharynx nasal.

L'extirpation est facile.

Production de structure dermoïde simple : épiderme d'épaisseur variable, derme cloisonnant par ses prolongements le tissu graisseux central. Ce dernier englobe des fibres musculaires striées, du tissu lymphoïde et des vaisseaux.

OBSERVATION XIII (SÉBILEAU)

Céline P..., blanchisseuse, âgée de 20 ans. Sans antécédents héréditaires.

Malade sujette à des rhumes fréquents, ressent depuis longtemps des picotements dans la gorge. En même temps que cette gêne s'accroît, des nausées et de l'enrouement apparaissent.

Une tumeur piriforme, de surface lisse, de couleur blanchâtre, et de la grosseur d'une noix, se montre derrière le voile du palais et semble pédiculisée dans la partie gauche du caœum.

Elle est mobile, libre dans le pharynx, et uniformément dure au palper.

La malade n'éprouve aucune douleur. La respiration et la déglutition sont à peine gênées.

L'ablation est faite aux ciseaux courbes ; les suites opératoires sont nulles.

Tumeur de 4 centimètres de long sur 1 centimètre de large, recouverte d'un tégument blanchâtre parsemé de poils follets.

Revêtement externe ayant tous les caractères de la peau normale, mais sans terminaisons nerveuses.

Contenu conjonctivo-adipeux, avec au centre un noyau cartilagineux se prolongeant dans le pédicule.

#### OBSERVATION XIV (Docteur CARAGUEL)

Enfant de sexe féminin âgé de 33 mois.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures.

Tumeur cylindrique, de couleur rosée, sillonnée de vaisseaux, attachée à un pédicule que l'index peut suivre jusqu'à la face postéro-supérieure de la voûte pharyngée.

L'enfant ne présente ni dyspnée, ni ronflement, et s'alimente facilement.

Néanmoins, l'ablation est pratiquée avec les ciseaux.

Tumeur présentant un revêtement cutané. Au centre de la masse, noyau cartilagineux entouré de vésicules graisseuses volumineuses. L'ensemble est très vascularisé.

#### OBSERVATION XV (AXHAUSEN)

*(Polype pileux congénital du pharynx)*

Enfant de quelques jours bien constitué, mais atteint de crises de suffocation de plus en plus fréquentes.

Tumeur de couleur rougeâtre, de surface lisse, pendant derrière le voile du palais, et pédiculisée vers la paroi supérieure

du pharynx. Elle est mobile ; sa consistance est ferme, et sa surface couverte de poils follets.

Extirpation facile ; on suture le pédicule.

Au microscope : revêtement cutané avec follicules pilo-sébacés peu nombreux ; masse principale constituée par des fibres musculaires striées, du tissu myxomateux, et un noyau cartilagineux vers l'extrémité.

#### OBSERVATION XVI (POUGET R.-J.)

*(Polype dermoïde du pharynx)*

Fillette de 10 ans. Aspect grêle, facies adénoïdien. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Consulte pour une obstruction nasale ancienne.

De la partie supérieure de la loge amygdalienne droite, part une tumeur pédiculée, mobile, piriforme, de surface lisse, d'aspect blanc nacré et couverte de poils fins. Son volume est celui d'une grosse amande, sa consistance molle.

Son ablation, commencée à l'anse galvanique, est terminée à l'aide de la pince emporte-pièce. Hémorragie nulle. Guérison complète.

Sa structure comprend : un revêtement cutané avec épiderme, derme, glandes sudoripares et follicules pilo-sébacés. Le centre, constitué par du tissu graisseux, et cloisonné par des prolongements sous-dermiques, renferme une ligne de cartilage hyalin se prolongeant dans le pédicule. Ce dernier, revêtu de muqueuse, est occupé par une glande en grappe du type salivaire. L'ensemble de la tumeur est peu vascularisé.

#### OBSERVATION XVII (EVES)

Enfant masculin de 14 mois.

Tumeur pédiculée attachée derrière la queue du pilier postérieur et sortant de la bouche par intermittences à l'occasion d'efforts de vomissement.

Structure dermoïde sans particularités. Extraction facile et non sanglante.

OBSERVATION XVIII (POYNTON F.-J.)

Enfant féminin de 5 mois. Bien constituée.

Des troubles de la déglutition, des crises de suffocation et de la toux sont survenus depuis 5 semaines, et une masse apparaît, par intermittences, dans le fond de la gorge de l'enfant.

C'est une tumeur blanc rosé, pédiculisée dans la loge sus-amygdalienne gauche, excessivement mobile, et se cachant parfois derrière le voile du palais.

Son ablation est faite aux ciseaux après ligature du pédicule. Pas d'hémorragie.

Elle mesure un pouce et demi de long sur un demi-pouce d'épaisseur maxima. Elle est recouverte de poils clairsemés et courts.

Sa structure comprend : un revêtement cutané mince mais avec les couches normales ; le centre est constitué par un tissu conjunctivo-graisseux entourant un noyau de cartilage hyalin.

**b) Dermoïdes complexes**

*(Sans parties fœtales)*

OBSERVATION XIX (OTTO Reinhardt)

Enfant mort-né, anencéphale.

Tumeur volumineuse sortant entre les lèvres et remplissant la moitié droite de la cavité buccale. Elle se divise en deux tubérosités latérales ; sa masse, écartant les deux piliers du voile, — dont la partie médiane, y compris la luvette, manque totalement, — vient se terminer en haut et en arrière à la paroi postérieure du pharynx par un pédicule rétréci. Elle est reliée par de petits septums à la voûte palatine et au plancher

buccal. La tumeur est revêtue de peau, brunâtre, et couverte de poils fins dans sa portion extérieure.

Le microscope montre un tégument cutané normal, cachant un contenu très divers, formé de tissu conjonctivo-graisseux, de muscles, de vaisseaux et d'os.

#### OBSERVATION XX (THELLUNG)

Enfant nouveau-né, bien constitué. Accouchement à terme, long, présentation frontale et forceps.

La dystocie avait été provoquée par une tumeur sphérique, globuleuse, de 6 centimètres de diamètre, sortant de la bouche de l'enfant. Sa surface a l'apparence de la peau et est parsemée de poils fins et décolorés. Sa consistance est molle mais non fluctuante.

La tumeur se rattache au niveau d'une dépression à un pédicule dur, osseux, et de la grosseur du petit doigt, qui disparaît entre les lèvres de l'enfant, écartant les maxillaires déformés par son passage, puis, à travers la voûte palatine et le voile perforé, va s'insérer à la paroi postérieure du pharynx. Ce pédicule rigide a une base d'implantation fixe, mais une certaine mobilité lui est permise grâce à une sorte d'articulation située au niveau du voile du palais.

L'enfant respire librement, mais l'alimentation est difficile, et il existe une stomatite assez intense.

On procède donc à l'ablation de la tumeur ; le pédicule est sectionné à l'union de sa partie mobile et de sa partie fixe. Une hémorragie abondante se produit, on l'arrête à grand'peine à l'aide de compresses imprégnées de gélatine.

La masse extirpée est recouverte par un tégument présentant tous les caractères de la peau normale, le derme est abondamment pourvu de papilles. Cette enveloppe cutanée est cependant remplacée par une muqueuse dans la dépression où s'insère le pédicule. La portion centrale est conjonctivo-adipreuse et sillonnée de vaisseaux.

Le pédicule est constitué en entier par du tissu osseux recou-

vert directement par une muqueuse. Il contient aussi en certains endroits du cartilage. Son axe osseux se prolonge à l'intérieur de la masse principale.

La guérison fut obtenue au bout de trois semaines. L'enfant, déprimé par l'hémorragie, atteint de stomatite et de troubles digestifs, se trouva un moment dans un état assez précaire.

#### OBSERVATION XXI (DABROWSKI)

Enfant de 5 mois.

Les tétées provoquent des accès de suffocation avec cyanose.

Tumeur du volume d'une grosse noix, lisse, rouge, ferme et de consistance élastique, attachée par un pédicule dans la loge sus-amygdalienne droite.

Extirpation non sanglante, à froid.

Tumeur revêtue d'une enveloppe cutanée avec les caractères habituels. Le contenu est conjonctivo-grasieux, sillonné de vaisseaux et de nerfs, et renferme des glandes muqueuses, des fibres musculaires striées, des fragments d'os, et au centre une petite cavité kystique.

#### OBSERVATION XXII (Professeur FRÖLICH)

(Inédite)

*(Tumeur congénitale du pharynx, obstruant l'œsophage  
et le larynx)*

Marie-Rose C..., âgée de 6 jours, est amenée le 24 mai 1921 dans le service de M. le Professeur FRÖLICH. C'est le premier enfant d'un tout jeune ménage, elle est née à terme après un accouchement normal.

Depuis sa naissance, elle présente des symptômes asphyxiques et n'a encore pu avaler le moindre liquide. Le médecin appelé, ayant cru reconnaître l'existence d'une tumeur siégeant sur la langue, l'a adressée au service.

*Examen* : L'enfant à son arrivée est bleue, asphyxiante, pas trop émaciée malgré son jeûne ; le méconium aurait été rendu normalement.

En ouvrant sa bouche on aperçoit, sur le milieu de la langue, une saillie en battant de cloche recouverte de muqueuse, dure au palper, qui, se dirigeant en arrière, s'élargit et obstrue tout l'isthme du gosier. Avec le petit doigt, on se rend compte que cette tumeur s'insère à la cloison postérieure du pharynx par un pédicule assez large. Sa forme générale est celle d'une feuille de lierre à pointe allongée, s'élargissant à sa base, dont les deux ailes se perdent dans les piliers du voile et les refoulent sans y adhérer. Le voile du palais présente une fissure non médiane, mais passant sur le bord gauche de la luvette.

*Opération* : L'asphyxie ayant augmenté, l'enfant est opérée séance tenante. Avec l'ongle du doigt, la muqueuse qui borde le pédicule pharyngé est effondrée, le point d'insertion est détaché, ce qui est facile, et la tumeur amenée à l'extérieur par torsion de sa base d'implantation. L'écoulement sanguin, assez abondant, est arrêté par compression, avec le doigt d'abord, puis par un tampon de coton. Pendant ce temps, M. le Professeur FROELICH constate que la partie supérieure du pharynx et les deux narines sont libres. Une sonde de Nélaton n° 8 pénètre sans difficulté dans l'estomac et ramène du sang. Il n'existe donc aucune malformation, ni dans les narines, ni dans l'œsophage.

Après dix minutes de compression, l'hémorragie cesse. On alimente l'enfant, d'abord avec de l'eau sucrée qu'elle boit avidement, puis le lendemain avec du lait. Le surlendemain, elle rentre chez ses parents.

La petite fille est ramenée au service quinze jours après en très bonne santé, quoique la mère n'ait pu allaiter. Les tétées se font régulièrement, la respiration est libre. L'exploration du fond de la gorge avec le doigt montre une muqueuse lisse. La fissure du voile existe naturellement encore.

*Examen macroscopique* : La tumeur mesure 4 centimètres de long sur 3 de large ; elle a la forme générale d'une feuille de lierre. Son extrémité libre, en forme de petit battant de

cloche, est cartilagineuse, et sur une section, on constate vers le pédicule la présence d'un fragment osseux entouré de tout petits kystes séreux. Le squelette de la tumeur est donc de l'ostéocartilage, avec un revêtement, muqueux dans la plus grande partie, et semi-kystique autour du pédicule d'implantation.

*Examen microscopique* (pratiqué par M. le Professeur HOCHÉ) : Les renseignements précédents sont confirmés. La tumeur est enveloppée par un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur du tissu conjonctif. Son contenu est complexe ; au centre, nous trouvons du tissu sarcomateux fuso et globo-cellulaire avec des formations cellulaires à tendance acineuse, vers la base d'implantation des kystes séreux et du tissu osseux, enfin une bande de cartilage vers l'extrémité du battant de cloche.

### c) Tératomes parasitaires

*(Tumeurs dermoïdes complexes avec parties fœtales. —*

*Monstres doubles)*

#### OBSERVATION XXIII (BRESCHET)

*(In LAUTH, Thèse de Paris, 1834)*

L'auteur rapporte deux cas, dans lesquels des débris de fœtus se trouvaient attachés à la voûte du pharynx, chez des sujets d'ailleurs normaux, par des cordons ombilicaux, dont les vaisseaux étaient fournis par les artères sphéno-palatines.

#### OBSERVATION XXIV (ADELMANN)

Fœtus dont la bouche est énormément dilatée par une fissure génienne droite. De cet orifice buccal, sort une tumeur régulière en forme de poire, saillante entre les lèvres, et attachée au fond du pharynx par un pédicule épais.

OBSERVATION XXV (POELMANN)

Fœtus de 4 mois et demi.

On aperçoit, sortant par la bouche, une tumeur reposant sur la langue, dont le prolongement postérieur va se perdre derrière le voile du palais.

Un examen précis permet de constater que le point d'insertion se trouve au voisinage de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, du côté droit.

La partie antérieure de la tumeur est assez globuleuse, d'une circonférence de 10 centimètres.

Revêtement cutané.

Contenu très complexe, comprenant : des noyaux cartilagineux, des fragments osseux, enfin 22 dents.

OBSERVATION XXVI (AHLFELD)

Fœtus avant terme atteint d'une fissure palatine. La bouche est dilatée par une tumeur que l'on reconnaît attachée au voile du palais et au pharynx.

La tumeur envahit les fosses nasales et la bouche, et ressort par les narines ; dans l'ensemble, elle a le volume de la tête de l'enfant.

Elle contient des kystes, des os, des doigts et des orteils avec ongles. Revêtement cutané avec duvet.

♥ OBSERVATION XXVII (WASSERTHAL)

Fœtus de 5 mois.

Tumeur insérée par un large pédicule à la paroi supérieure du pharynx.

Revêtement cutané avec cheveux.

Contenu formé de kystes, de cartilage, d'os ; on distingue un membre inférieur.

OBSERVATION XXVIII (MÜLLER)

Fœtus de 7 mois, de sexe féminin, atteint d'une division palatine complète, présentant, saillante hors de la bouche, une tumeur dont le pédicule d'insertion peut être poursuivi jusqu'à la cloison latérale du pharynx.

Cette tumeur forme une masse volumineuse, revêtue d'une membrane cutanée avec poils.

Le contenu comprend des nerfs, du tissu cartilagineux et osseux, enfin on peut y distinguer une main rudimentaire et un doigt pourvu d'ongle.

---



## Conclusions

1° Il existe dans le pharynx des productions rares, souvent pédiculées, revêtues d'une enveloppe extérieure cutanée ou muqueuse, dont le contenu plus ou moins complexe est constitué par du tissu conjonctivo-gras, des fibres musculaires striées, des vaisseaux, du cartilage, parfois de l'os, des tissus divers et même des parties fœtales nettement différenciées.

2° Elles se divisent, d'après leurs caractères anatomopathologiques, en :

- a) Polypes dermoïdes ou dermoïdes simples ;
- b) Dermoïdes complexes ;
- c) Tératomes parasitaires.

3° Ces tumeurs, d'origine congénitale, ont une évolution et un pronostic en rapport avec leur nature. Tantôt elles se manifestent pendant la vie intra-utérine, entraînant la mort du fœtus et l'expulsion prématurée ; tantôt elles n'apparaissent qu'à la naissance ou chez l'adulte, et se caractérisent alors par une série de symptômes liés à

l'obstruction plus ou moins complète des voies digestives et aériennes.

4° Leur étiologie est inconnue.

5° Leur ablation met fin aux troubles respiratoires et à la dysphagie qu'elles provoquaient ; elle n'est jamais suivie de récurrence.

6° Leur pathogénie reste hypothétique. Le siège de leur point d'implantation semble indiquer que leur formation soit en rapport avec l'histogénèse de la cavité pharyngienne et la présence des fentes et des arcs branchiaux chez l'embryon.

Vu :

Nancy, le 3 avril 1922.

*Le Président de la Thèse,*

FROELICH.

Vu :

Nancy, le 5 avril 1922.

*Le Doyen,*

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 6 avril 1922.

*Le Recteur de l'Académie,*

Ch. ADAM,

*Membre de l'Institut.*

---

## Bibliographie

- ADELMANN. — *In* Ammon, *Die Angeborenen Chir. Krank. des Menschen*, 1842, p. 37.
- AHLFELD. — *Archiv für Gynæcologie*, 1874.
- ARNOLD. — *Archives de Virchow*, 1888, vol. CXI, p. 176.
- AXHAUSEN. — Ein fall von kongenitalen behaarten Rachenpolyp (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1911, p. 2337).
- BARTON. — Tumeur rare du pharynx (*British medical journal*, 1880, vol. II, p. 982. *In* Abraham *Journal of Physic and Anatomy*, 1881, p. 244).
- BOUDET. — *Les tumeurs bénignes de la paroi postérieure du pharynx buccal et laryngé*. Thèse Bordeaux, 1913, n° 35).
- CARAGUEL. — *Contribution à l'étude des polypes dermoïdes du pharynx*. Thèse Paris, 1906, n° 46.
- CONZALEZ. — Tératoïde de la faringe (*Semana medica*, Buenos-Aires, 1917, p. 219-239).
- DABROWSKI K. — Tératome du pharynx (*Gazeta lekarska*, Warszawa, 1913, p. 1419-1422).
- DECLoux. — *Etude sur les Polypes dermoïdes du pharynx*. Thèse Paris, 1900, n° 234.
- EYES C. C. — Teratoma of the pharynx (*Laryngoscope Saint-Louis*, 1914, p. 798).
- FORD. — D'après Meckel, *Journal complémentaire des Sciences médicales*, 1819, t. IV, p. 122 et 217.
- FORGUE. — *Précis de Pathologie externe*, 1912.
- GOSCHLER. — *Allg. Wiener Med. Zeitung*, 1865, p. 344.

- GRADENIGO G. — Teratoma della faringe (*Giornale della reale Accademia de medicina di Torino*, 1892, p. 165).
- GRAZIANI. — Polipo congenito del faringe (*Archivii italiani di laringologia*, Napoli, 1915, p. 1-12).
- HALE WHITE. — Tumeur dermoïde de la portion molle du voile du palais (*British medical journal*, 1881, p. 597).
- KELLY A.-B. — Hairy or dermoïde polypi of the pharynx and naso-pharynx (*Journal of Laryngology and Rhinology*, London, 1918, p. 55).
- KIRMISSON. — *Traité des Maladies chirurgicales d'origine congénitale*.
- LAUTH. — Thèse Paris, 1834.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — *Affections congénitales*, Tête et Cou, 1891.
- LANNELONGUE et ACHARD. — *Traité des kystes congénitaux*, 1886.
- MÜLLER. — *Archiv für Gynæcologie*, 1881.
- OTTO REINHARDT. — *Archiv für Gynæcologie*, 1878, p. 167.
- OTTO RICHARD. — Sur un polype pileux congénital du pharynx (*Archiv f. Path. Anat. Berlin*, 1889).
- POELMANN. — *Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, 1855, p. 10.
- POUGET R.-J. — Un cas de polype dermoïde du pharynx (*Revue hebdomadaire de Laryngologie*, Paris, 1914, p. 577).
- POYNTON F.-J. — Inclusion dermoid of the pharynx (*Lancet London*, 1915, p. 595).
- RENAUT. — *Traité d'Histologie pratique*.
- W. DE ROALDES. — Fibro-enchondrome d'origine branchiale (*New-York Medical Journal*, p. 179, 1897; observation analysée in *Revue de Hayem*, 1897, p. 289).
- RIPAULT. — In Thèse DECLoux, Paris, 1900.
- SARA FRANCESCO. — Polipo faringeo congenito di origine ectodermica (*Atti della Associazione medica lombarda*, Milano, 1894, p. 98).
- SCHUCHARDT. — Polype pileux du pharynx (*Centralblatt für Klinische Chirurgie*, 1884, n° 41).
- SÉBILEAU. — Polype dermoïde du pharynx (*Bulletin de la*

*Société de Chirurgie de Paris*, 1905, p. 385. In *Thèse Caraguel*, Paris, 1906).

TOURNEUX. — *Précis d'Embryologie*.

TEXIER. — Polype dermoïde du pharynx (*Presse Médicale*, Paris, 1900, p. 395).

THELLUNG. — Ein congenitaler behaarten rachenpolyp (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Leipzig, 1905, p. 231).

VIALLETON. — Embryologie in Testut, *Traité d'Anatomie humaine*, tome IV.

WASSERTHAL. — *Zur Casuistik des Epignathus*, Dissert., Dorpat, 1875.

---

## Table des matières

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS .....                               | 5  |
| INTRODUCTION .....                               | 9  |
| HISTORIQUE .....                                 | 11 |
| Considérations anatomiques et histologiques..... | 13 |
| Anatomie pathologique.....                       | 17 |
| Symptomatologie .....                            | 24 |
| Etiologie .....                                  | 31 |
| Pathogénie .....                                 | 34 |
| Evolution et pronostic.....                      | 42 |
| Diagnostic .....                                 | 44 |
| Traitement .....                                 | 48 |
| OBSERVATIONS .....                               | 51 |
| CONCLUSIONS .....                                | 67 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                              | 69 |

---



